WNIOSEK O ZAWRACIE UMOWY O REALIZACJĘ BONU SENIORALNEGO

Wójt Gminy Dygowo
za pośrednictwem
Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dygowie

Data wpływu: ..... Numer sprawy: .....

I. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O BON SENIORALNY

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Seria i nr dowodu osobistego:..... Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania:
.....
.....

Numer telefonu: ..... Adres e-mail (opcjonalnie):
.....

II. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

Wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy lub pełnomocnik.

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania:
.....

.....

Telefon kontaktowy: ..... Podstawa działania: ☐ przedstawiciel ustawowy
☐ pełnomocnik

III. INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI SENIORA

1. Czy senior ukończył 65 lat? ☐ TAK ☐ NIE
2. zamieszkuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w miejscu wskazanym w danych identyfikacyjnych ☐ TAK ☐ NIE
3. jestem:
   - ☐ obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej,
   - ☐ obywatelem państwa Unii Europejskiej,
   - ☐ obywatelem państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego,
   - ☐ obywatelem Konfederacji Szwajcarskiej,
   - ☐ obywatelem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, o którym mowa w art. 10 ust. 1 lit. b, d–f umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej.
4. Posiadam niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego ☐ TAK ☐ NIE
5. Nie posiadam opiekuna faktycznego mogącego zapewnić wsparcie umożliwiające zaspokojenie tych potrzeb ☐ TAK ☐ NIE
6. w okresie korzystania z Bonu Senioralnego będę posiadać miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. ☐ TAK ☐ NIE
7. Czy senior prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe? ☐ TAK ☐ NIE
8. Czy senior zamieszkuje z innymi osobami? ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, z kim?
.....

1. Czy senior korzysta obecnie z usług opiekuńczych lub innych form wsparcia? ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli tak, jakich?
.....

IV. INFORMACJA O DOCHODACH SENIORA

Średni miesięczny dochód seniora z trzech miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

Miesiąc 1:	Dochód: ..... zł
Miesiąc 2:	Dochód: ..... zł
Miesiąc 3:	Dochód: ..... zł
Średni miesięczny dochód:	..... zł

*** dochód** - oznacza, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:
a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 592, 779 i 846), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
b) dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Źródło dochodu:

☐ emerytura

☐ renta

☐ wynagrodzenie za pracę

☐ świadczenie przedemerytalne

☐ dochód z gospodarstwa rolnego

☐ dochód z działalności gospodarczej

☐ inne: .....

V. ZAKRES POTRZEBNEGO WSPARCIA

Proszę zaznaczyć czynności, przy których senior wymaga pomocy:

☐ przygotowywanie posiłków

☐ robienie zakupów

☐ pomoc w spożywaniu posiłków

☐ sprzątanie i utrzymanie porządku w miejscu zamieszkania

☐ pranie i dbanie o odzież

☐ pomoc w ubieraniu się

☐ pomoc w utrzymaniu higieny osobistej

☐ pomoc w przemieszczaniu się

☐ załatwianie spraw urzędowych

☐ towarzyszenie podczas spacerów i wizyt

☐ inne:

.....

Opis niezaspokojonych potrzeb seniora i trudności w codziennym funkcjonowaniu:

(Proszę opisać, czy i w jakim zakresie może Pan/Pani liczyć na pomoc osób najbliższych w codziennym funkcjonowaniu. Proszę uwzględnić, kto udziela lub mógłby udzielać takiej pomocy, jak często jest ona dostępna oraz jakie są przyczyny jej ograniczenia lub braku).

.....

.....

.....

.....

.....

VI. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że według mojej wiedzy spełniam/nie spełniam*; senior spełnia/ nie spełnia* warunki określone w przepisach regulujących bon senioralny.
3. Oświadczam, że korzystam*/nie korzystam*; senior korzysta/ nie korzysta ze świadczeń ani form opieki wykluczających możliwość przyznania bonu, tzn.: na seniora jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego albo zasiłku dla opiekuna; korzysta ze świadczenia wspierającego; korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodku wsparcia; korzysta z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programu rządowego lub resortowego; korzysta z całodobowej opieki w domu pomocy społecznej; korzysta z całodobowej opieki stacjonarnej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym albo zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym; korzysta z całodobowej opieki świadczonej w innej placówce; korzysta z instytucjonalnej opieki dziennej.
4. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania GOPS w Dygowie o zmianach mających wpływ na prawo do korzystania z bonu senioralnego.
5. Przyjmuję do wiadomości, że Ośrodek może wezwać do przedstawienia dokumentów niezbędnych do weryfikacji danych i spełnienia warunków programu.

VII. INFORMACJA O INNYCH FORMACH OPIEKI I WSPARCIA

- **a** Jest ustalone/nie jest ustalone* w związku ze sprawowaniem nade mną/ nad seniorem opieki prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku dla opiekuna;
- **b** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta ze świadczenia wspierającego określonego w ustawie z dnia 7 lipca 2023r. o świadczeniu wspierającym;
- **c** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
- **d** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych;
- **e** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej określonej w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;
- **f** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
- **g** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta z całodobowej opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym,
- **h** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny niż wskazany wyżej;
- **i** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta z instytucjonalnej opieki dziennej;
- **j** Korzystam/nie korzystam*; senior korzysta/nie korzysta z innych następujących form wsparcia:

  .....

Proszę o dokonanie przez właściwą jednostkę oceny, czy korzystanie z tej formy wsparcia wpływa na możliwość objęcia mnie Programem.
*__właściwe zaznaczyć__

☐ **Oświadczam, że korzystanie z usług lub opieki, o których mowa w pkt. VII ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni.**

VIII. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

☐ dokumenty potwierdzające wysokość dochodu seniora za wymagany okres

☐ pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy

☐ dokument potwierdzający ustanowienie przedstawiciela ustawowego – jeżeli dotyczy

☐ inne dokumenty: .....

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią wniosku i potwierdzam prawidłowość podanych informacji.

……. …….

Miejscowość i data *Czytelny podpis seniora/przedstawiciela/pełnomocnika*